



2015

AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA
COMITATO PREPOSTO al CONTROLLO delle INFEZIONI OSPEDALIERE (CIO)
Coordinatore dr. Cristina Giraldi

Procedura di Sistema di Gestione per la Qualità

SEPSI IN PEDIATRIA

PROTOCOLLI DI TERAPIA ANTIBIOTICA EMPIRICA RAGIONATA

Data Emissione	Redazione a cura del GdL "Antimicrobial Stewardship"			Verifica/ Approvazione
25/11/2016	Dr. Cristina Giraldi <i>Cristina Giraldi</i>	Dr. Carlo Bova <i>Carlo Bova</i>	Dr. Paolo Carnevale <i>Paolo Carnevale</i>	Dott. F. Rose Direzione Sanitaria <i>F. Rose</i>
	D.ssa Francesca Greco <i>Francesca Greco</i> Microbiologia e Virologia	Dr. Eugenio D'Amico <i>Eugenio D'Amico</i> Medicina Interna "A. Valentini"	Dr. Carmela Orfalo <i>Carmela Orfalo</i>	Dott. M. Loizzo Qualità e Accredimento <i>M. Loizzo</i>
	Dr. Domenico Sperli <i>Domenico Sperli</i> D.ssa Carmela Lobello <i>Carmela Lobello</i> U.O.C. Pediatria			Dr. Albano Terremoto <i>Albano Terremoto</i> Dr. Filippo Luciani <i>Filippo Luciani</i> Malattie Infettive Farmacia
	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA U.O.C. PEDIATRIA S.O. "ANNUNZIATA" DIRETTORE DR. DOMENICO SPERLI (MATR. 17725)			Verifica/ Approvazione 30/12/2015

SCOPO DEL DOCUMENTO

BACKGROUND

Il consumo inappropriato ed eccessivo di antibiotici ha due gravi conseguenze:

1. Lo sviluppo di batteri multiresistenti responsabili di gravi infezioni nosocomiali e conseguente aumento delle percentuali di morbilità e mortalità legate all'assistenza sanitaria

2. L'aumento dei tempi di degenza con dispendio delle risorse pubbliche legate ai consumi e alla spesa farmaceutica e del personale sanitario.

Tra i principali obiettivi dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza vi è la valutazione attenta del consumo ospedaliero dei farmaci ed in particolare degli antibiotici insieme alla promozione di programmi di appropriatezza prescrittiva, da cui consegue un indubbio guadagno in termini di salute e di risparmio in risorse umane ed economiche.

Il percorso necessario per ottenere gli obiettivi sovraesposti consiste nel monitorare con sistema informatico l'intera filiera che presidia l'utilizzo degli antibiotici nell'area ospedaliera e nell'adozione di protocolli terapeutici validati, tali da consentire la raccolta puntuale delle informazioni necessarie alla verifica dell'appropriatezza prescrittiva.

Per tali ragioni l'Azienda Ospedaliera di Cosenza ha deliberato un progetto di *antimicrobial stewardship* i cui elementi chiave sono:

- ➔ promozione dell'appropriatezza prescrittiva, elaborando protocolli terapeutici validati o PDTA per la diagnosi e cura delle patologie infettive
- ➔ processi di verifica dei protocolli terapeutici validati o PDTA
- ➔ sistemi informatici integrati tra UO Cliniche e Farmacia per la prescrizione personalizzata e restrittiva
- ➔ controllo dell'utilizzo degli antibiotici nelle UU.OO cliniche
- ➔ potenziamento dei sistemi di monitoraggio delle resistenze (epidemiologia, alert organism, sorveglianza microbiologica)

SEPSI

La sepsi è una malattia sistemica causata da una risposta infiammatoria sistemica dell'organismo all'invasione di microrganismi (batteri o miceti) nei tessuti, fluidi o cavità corporee normalmente sterili. Nella gestione della sepsi, la diagnosi tempestiva è fondamentale insieme all'inizio di una corretta terapia al fine di ridurre l'elevato tasso di mortalità per sepsi grave. Con queste premesse è indispensabile cercare una eziologia precisa e quindi, prima di iniziare qualsiasi terapia antibiotica empirica, devono essere effettuati prelievi microbiologici, in particolare le emocolture e le colture del sito di infezione originario. La sepsi, a seconda dei criteri clinici, di laboratorio e del grado e numero di insufficienze d'organo, viene divisa in sepsi incipiente, sepsi severa e shock settico. In età pediatrica è indispensabile che l'inquadramento generale e lo schema di trattamento precoce della sepsi grave e dello shock settico siano conosciuti ed applicati idoneamente da tutti i medici che operano nei reparti di pediatria, di P.S. e di terapia intensiva. L'approccio precoce, rapido e mirato e le strategie terapeutiche devono tener conto delle caratteristiche fisiopatologiche della sepsi e dello shock in età pediatrica.

Coordinatore dr. Cristina Giraldi

CRITERI DIAGNOSTICI IN ETÀ PEDIATRICA

SIRS: presenza di almeno 2 dei seguenti criteri, 1 dei quali deve essere l'alterazione della temperatura o della conta leucocitaria (INFEZIONE DOCUMENTATA O SOSPETTA CON ≥ 1 DELLE SEGUENTI PARAMETRI)

Parametri Generali

- Febbre ($> 38.5^{\circ}\text{C}$)
- Ipotermia ($T < 36^{\circ}\text{C}$)
- Tachicardia ($> \text{DS}$ per l'età in assenza di stimoli esterni, dolorosi o assunzione cronica di farmaci)
OPPURE aumento inspiegato e persistente della frequenza cardiaca per 0,5 – 4 ore
OPPURE, nel nato < 1 anno: bradicardia ($\text{FC} < 10^{\circ}$ percentile per l'età) in assenza di stimoli vagali, assunzione di β -bloccanti o cardiopatie congenite
OPPURE depressione persistente e inspiegata almeno per 30'
- FR media $> \text{DS}$ per l'età o ventilazione meccanica non correlata a malattie neuromuscolari o anestesia generale

Parametri di laboratorio

- Numero di leucociti aumentato o diminuito per l'età (leucopenia non-chemioterapia indotta)
- Globuli bianchi normali, ma neutrofilii immaturi $> 10\%$
- Proteina C-reattiva elevata (almeno due volte il valore normale)
- Procalcitonina elevata (almeno due volte il valore normale)

SEPSI: SIRS in presenza o come esito di infezione sospettata o documentata

Infezione: da qualsiasi patogeno, sospetta o provata (con colture positive o tramite reazione polimerasica a catena OPPURE sindrome clinica associata a un'alta probabilità di infezione. Evidenza di infezione include: reperti clinici, radiologici o di laboratorio (Rx compatibile con polmonite, presenza di leucociti in fluidi sterili, perforazione di visceri, rash petecchiali o purpurici o porpora fulminante)

Batteriemia: positività dell'emocoltura in assenza di segni laboratoristici e sintomi clinici

SEPSI SEVERA: sepsi con almeno 1 dei seguenti criteri

- Disfunzione cardiovascolare
- Insufficienza respiratoria acuta
- OPPURE \geq 2 disfunzioni d'organo (vedere Tabella 1)

Tabella 1

CRITERI DI DEFINIZIONE DI DISFUNZIONE D'ORGANO

CARDIOVASCOLARE: nonostante l'infusione e.v. di un bolo di soluzione isotonica ≥ 40 ml/Kg in 1 ora

- \downarrow PA (ipotensione) < 5° percentile o PA sistolica < DS per età OPPURE
- Necessità di farmaci vasopressori per mantenere normale la PA (dopamina > 5 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ o dobutamina, adrenalina, noradrenalina a qualsiasi dose) OPPURE
- 2 dei seguenti: acidosi metabolica inspiegata ($\text{BE} < 5.0 \text{ mEq/l}$); lattato arterioso doppio della norma; oliguria (< 0.5 ml/Kg/h); tempo di refill > 5"; differenza di temperatura centrale-periferica > 3 °C

RESPIRATORIO

- $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ in assenza di patologia cardiaca o polmonare preesistente
- $\text{PaCO}_2 > 65$ mmHg o 20 mmHg sopra la norma
- Dimostrato fabbisogno o $\text{FiO}_2 > 50\%$ per mantenere una saturazione di $\text{O}_2 > 92\%$
- Necessità di una ventilazione invasiva non-elettiva oppure ventilazione meccanica non invasiva

NEUROLOGICO

- GCS < 11
- Cambiamento improvviso dello stato mentale con una diminuzione di almeno 3 punti della GCS dallo stato precedente

EMATOLOGICO

- Piastrinopenia: $\text{PLT} < 80.000/\text{mm}^3$ oppure diminuzione del 50% del massimo valore di PLT negli ultimi 3 giorni (per pazienti affetti da patologie oncoematologiche croniche)
- INR > 2

RENALE

- Creatinina 2 volte oltre il limite superiore per l'età o oltre 2 volte i valori basali

EPATICO

- Bilirubina totale > 4 mg/dl
- ALT 2 volte oltre il limite superiore per l'età

SHOCK SETTICO

Sepsi associata a disfunzione cardiovascolare refrattaria alla terapia basata sul ripristino di liquidi

RACCOMANDAZIONI

Diagnosi

1. Indagini colturali (almeno 2 set di emocolture per aerobi ed anaerobi e/o miceti o emocolture da catetere intravascolare (secondo le procedure aziendali e colture della fonte di infezione) entro un'ora dalla diagnosi e prima dell'inizio della terapia antibiotica empirica.
2. Studi di imaging eseguiti tempestivamente per confermare una potenziale fonte di infezione.

Terapia antimicrobica

1. Somministrazione di una terapia antibiotica per via endovenosa entro la prima ora dalla diagnosi di sepsi severa senza shock settico o con shock settico
2. Terapia anti-infettiva empirica ragionata di uno o più farmaci che hanno attività contro tutti i patogeni probabili (batteri e/o funghi o virus) con capacità di diffusione tissutale nella sede di presunta infezione.
3. La terapia antimicrobica deve essere valutata entro 48 ore per una possibile *de-escalation*
4. Utilizzo della procalcitonina (PCT) per monitorare l'andamento della infezione, in particolare con PCT tra 0,5 -2 ng/ml i dosaggi devono essere ripetuti entro 6-24 ore, con PCT > 2 ng/ml ogni 24 ore.
5. Utilizzo di una terapia associata empirica ragionata nei pazienti neutropenici con sepsi severa e nei pazienti con infezione da batteri patogeni multiresistenti, come *Acinetobacter* e *Pseudomonas* spp. Nei pazienti con infezioni gravi associate a insufficienza respiratoria e shock settico, si raccomanda una terapia di combinazione con un beta-lattamico a spettro esteso e, se è associata una batteriemia da *P.aeruginosa*, aggiungere un aminoglicoside o un fluorochinolone.
6. La terapia di combinazione empirica ragionata non deve essere somministrata per più di 3-5 giorni, fermo restando una rivalutazione a 48 ore. Si deve attuare una *de-escalation* della terapia solo se sono disponibili i risultati di identificazione e antibiogramma.
7. La durata della terapia in genere è di 7-10 giorni; tempi più lunghi di terapia possono essere indicati in pazienti con una lenta risposta clinica insieme alla presenza di focolai non drenabili di infezione, o con batteriemia da *S.aureus* o da Gram negativi difficili come enterobatteri produttori di carbapenemasi o *Acinetobacter* MDR) o da alcune infezioni fungine e virali o da carenze immunologiche, tra cui neutropenia.

INDICAZIONI PER LA TERAPIA ANTIBIOTICA EMPIRICA RAGIONATA DELLA SEPSI SEVERA/SHOCK SETTICO

TERAPIA	INDICAZIONI
Copertura Gram negativi (aerobi)	<ul style="list-style-type: none"> • Infezione nosocomiale (> 5 giorni dal ricovero) • Paziente neutropenico o immunosoppresso • Paziente immunocompromesso per insufficienza cronica d'organo (fegato, rene, polmone, cuore)
Copertura Gram positivi (vancomicina o altro)	<ul style="list-style-type: none"> • Elevata circolazione ospedaliera di <i>S. aureus</i> meticillino resistente (MRSA) • Paziente neutropenico • Infezione da catetere intravascolare • Polmonite nosocomiale
Copertura Funghi	<ul style="list-style-type: none"> • Febbre in paziente neutropenico o paziente immunosoppresso, non responsivo alla terapia antibiotica standard • Prolungata terapia antibiotica ad ampio spettro • Colture per miceti positive • Considerare terapia empirica se il paziente è ad alto rischio e in shock settico

BIBLIOGRAFIA

- Surviving Sepsis Campaign: International, Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock: 2012; February 2013 • Volume 41 • Number 2
- Kumar A., Optimizing antimicrobial therapy in sepsis and septic shock, Crit Care Nurs Clin North Am. 2011 Mar;23(1):79-97.
- Bone RC, Sibbald WJ, Sprung CL. The ACCP-SCCM Consensus Conference on sepsis and organ failure. Chest 1992;101: 1481-3.
- Levy MM, Fink MP, Marshall JC, et al. 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference. Crit Care Med 2003;31:1250-6
- Derek C. Angus, M.D.-The New England Journal of Medicine- november 21, 2013
- Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, et al. Crit Care Med 2013;41:580-637

PROTOCOLLI DI TERAPIA ANTIBIOTICA EMPIRICA RAGIONATA
SEPSI DI ORIGINE NON DEFINITA, PAZIENTE NON NEUTROPENICO
1. ACQUISITA IN COMUNITÀ o IN OSPEDALE (DEGENZA < 5 GIORNI SENZA FATTORI DI RISCHIO)

PATOLOGIA	ATB	ATB IN CASO DI ALLERGIA A PENICILLINA
SEPSI	Amoxicillina-Acido Clavulanico/Ampicillina-Sulbactam + Gentamicina/Vancomicina* <i>oppure</i> Ceftriaxone/Cefotaxime + Gentamicina/Vancomicina*	Fluorochinoloni + Clindamicina***/Metronidazolo*** ± Gentamicina/Vancomicina*
SEPSI SEVERA o SHOCK SETTICO	Piperacillina-Tazobactam/Cefepime + Gentamicina/Amikacina ± Clindamicina***/Metronidazolo*** ± Vancomicina* /Linezolid**	Fluorochinoloni + Gentamicina ± Clindamicina***/Metronidazolo*** <i>oppure</i> Imipenem + Gentamicina ± Vancomicina* /Linezolid**

COMITATO PREPOSTO al CONTROLLO delle INFEZIONI OSPEDALIERE (CIO)
2015
AZIENDA OSPEDALIERA di COSENZA
Coordinatore dr. Cristina Giraldi

2. ACQUISITA IN OSPEDALE (DEGENZA > 5 GIORNI) o ACQUISITA IN COMUNITÀ CON FATTORI DI RISCHIO (paziente immunocompromesso/recente ricovero/frequenti ATB e/o ricoveri)			
PATOLOGIA	ATB	ATB in caso di allergia a penicillina	ANTIMICOTICO in presenza di FR
SEPSI	Piperacillina/Tazobactam <i>oppure</i> Ceftriaxone/Cefotaxime + Amikacina ± Vancomicina* /Linezolid**	Amikacina + Levofloxacina ± Clindamicina***/Metronidazolo*** <i>oppure</i> Cefepime/Imipenem/Meropenem + Amikacina ± Clindamicina***/Metronidazolo*** ± Vancomicina* /Linezolid**	
SEPSI SEVERA O SHOCK SETTICO	Imipenem/Meropenem <i>oppure</i> Ticarcillina - Ac. Clavulanico + Amikacina + Vancomicina* /Linezolid**	Levofloxacina + Amikacina ± Clindamicina***/Metronidazolo*** <i>oppure</i> Imipenem/Meropenem + Amikacina + Vancomicina* /Linezolid**	Amfotericina B liposomiale <i>oppure</i> Fluconazolo/Voriconazolo <i>oppure</i> Caspofungina <i>oppure</i> Micafungina <i>oppure</i> Anidulafungina

COMITATO PREPOSTO al CONTROLLO delle INFEZIONI OSPEDALIERE (CIO)
AZIENDA OSPEDALIERA di COSENZA
2015
Coordinatore dr. Cristina Giraldi

Sede: Azienda Ospedaliera di Cosenza, Via S. Maria della Croce, 10 - 87100 Cosenza (CS) - Tel. 0984/421111 - Fax 0984/421112 - E-mail: cio@ao.cosenza.it

Legenda			
*	Vancomicina in caso di forte sospetto di MRSA	ATB	Antibiotici
**	Linezolid in caso di insufficienza renale	FR	Fattori di rischio
***	Non associato a Imipenem/Meropenem o a Piperacillina/Tazobactam		
/	Oppure		

I protocolli sopra descritti sono indicati solo ed esclusivamente nella terapia empirica ragionata in attesa dei risultati della Microbiologia, la cui organizzazione prevede la diagnosi rapida delle emocolture, in termini di identificazione e di antibiogramma.

POSOLOGIA

ANTIBIOTICI		TERAPIA STANDARD PER ADULTI (da adattare alle condizioni del paziente)			Classe Terapeutica Note di Risk Management Via di eliminazione
PRINCIPI ATTIVI	Dose Standard Dose di Carico Dose di Mantenimento:	Frequenza	Via		
AMIKACINA	15 - 20 mg/kg/die	Monodose o N.2 somministrazioni in caso di: - Endocardite - Pazienti neutropenici febbrili - Insufficienza Renale	IM/EV	AMINOGLICOSIDI Potenziale ototossicità e nefrotossicità. Via principale di eliminazione: RENALE	
AMOXICILLINA / AC.CLAVULANICO	80 mg/Kg/die	ogni 8 ore	OS/EV	BETA-LATTAMICI Ipersensibilità a beta-lattamici. Via principale di eliminazione: RENALE	
AMPICILLINA/ SULBACTAM	150 mg/Kg/die	ogni 6 - 8 ore	EV	BETA-LATTAMICI Ipersensibilità a beta-lattamici. Via principale di eliminazione: RENALE	
CEFTAZIDIMA	75-150 mg/Kg/die Max 6 gr/die	Ogni 8 ore	EV	BETA-LATTAMICI Ipersensibilità a beta-lattamici. Via principale di eliminazione: RENALE- BILIARE	
CEFOTAXIME	150 - 300 mg/kg/die	ogni 6-8 ore a seconda della gravità dell'infezione	IM/EV	BETA-LATTAMICI Ipersensibilità a beta-lattamici. Via principale di eliminazione: RENALE- BILIARE	

AZIENDA OSPEDALIERA di COSENZA 2015
COMITATO PREPOSTO al CONTROLLO delle INFEZIONI OSPEDALIERE (CIO)
Coordinatore dr. Cristina Giraldi

CEFTRIAXONE	80 - 100 mg Max 4 gr/die	Ogni 24 ore (in caso di meningite ogni 12 ore)	EV	BETA-LATTAMICI Ipersensibilità a beta-lattamici. Via principale di eliminazione: RENALE- BILIARE
CEFEPIME	150 mg/Kg/die Max 6 gr/die	ogni 12 ore dose empirica e MIC fino a 4 mg/L ogni 8 ore se paziente neutropenico	EV	BETA-LATTAMICI Ipersensibilità a beta-lattamici. Via principale di eliminazione: RENALE
CIPROFLOXACINA	20 - 30 mg/Kg/die Max 1500 mg/die	ogni 12 ore (ogni 8 ore in sepsi severe o shock settico)	EV	CHINOLONICI Vedi scheda tecnica Via principale di eliminazione: RENALE e metabolismo epatico
CLINDAMICINA	15 -- 40 mg/Kg/die mg	Ogni 6 – 8 ore	IM/EV	LINCOSAMIDI Vedi scheda tecnica Via principale di eliminazione: RENALE
GENTAMICINA	3-7,5 mg/kg/die	Monodose o N.2 somministrazioni in caso di: - Endocardite - Pazienti neutropenici febbrili - Insufficienza Renale grave - Ascite - Pazienti con ustioni estese (oltre 20%)	IM/EV	AMINOGLICOSIDI Potenziale ototossicità e nefrotossicità. Via principale di eliminazione: RENALE
IMIPENEM/ CILASTATINA	60 mg/Kg/die	ogni 6 ore	EV	BETA-LATTAMICI Ipersensibilità a beta-lattamici. Via principale di eliminazione: RENALE
LEVOFLOXACINA	10 mg/Kg/die	Ogni 24 ore se > 5 anni ogni 12 ore se < 5anni	EV	CHINOLONICI Vedi scheda tecnica Via principale di eliminazione: RENALE
LINEZOLID	30 mg/Kg/die Max 1800 mg/die	Ogni 12 ore	EV	OSSAZOLIDINONI Vedi scheda tecnica

COMITATO PREPOSTO al CONTROLLO delle INFEZIONI OSPEDALIERE (CIO)
AZIENDA OSPEDALIERA di COSENZA **2015**
Coordinatore dr. Cristina Giraldi

					Via principale di eliminazione: RENALE
MEROPENEM	60 mg/Kg/die	ogni 8 ore	EV	BETA-LATTAMICI Ipersensibilità a beta-lattamici. Via principale di eliminazione: RENALE	
METRONIDAZOLO	30 mg/Kg/die	Ogni 8 ore	EV	IMIDAZOLICI Vedi scheda tecnica Via principale di eliminazione URINARIA	
PIPERACILLINA TAZOBACTAM	200 – 300 mg/Kg/die Max 16 gr/die	ogni 6 - 8 ore	EV	BETA-LATTAMICI Ipersensibilità a beta-lattamici. Via principale di eliminazione: RENALE	
VANCOMICINA	40 mg/Kg/die Max 2 gr/die	ogni 6 ore	EV	GLICOPEPTIDI Ototossicità (perdita dell'udito, raramente casi di vertigini e tinnito) e nefrotossicità (raramente insufficienza renale e/o nefrite interstiziale) Via principale di eliminazione RENALE	
TEICOPLANINA	10 mg/Kg/die	Ogni 12 ore per 3 dosi, poi continuare con 1 somministrazione quotidiana (max 400 mg)		GLICOPEPTIDI Ototossicità (perdita dell'udito, raramente casi di vertigini e tinnito) e nefrotossicità (raramente insufficienza renale e/o nefrite interstiziale) Via principale di eliminazione RENALE	
TICARCILLINA / AC.CLAVULANICO	200 - 300 mg/Kg/die	Ogni 6 - 8 ore	EV	BETA-LATTAMICI Ipersensibilità a beta-lattamici. Via principale di eliminazione: RENALE	

ANTIMICOTICI			
TERAPIA STANDARD PER ADULTI (da adattare alle condizioni del paziente)			
PRINCIPI ATTIVI	Dose Standard Dose di Carico Dose di Mantenimento: dosaggio per un peso di kg 70	Frequenza e Durata	Via
FLUCONAZOLO	6 -12 mg/Kg/die Max 400 mg/die	Ogni 24 ore	EV
VORICONAZOLO	6 mg/kg ogni 12 ore (dose carico nelle prime 24 ore) 4 mg/kg due volte/die (dose di mantenimento)	Ogni 12 ore	EV
AMFOTERICINA B	1-3 mg/kg	Ogni 24 ore	EV
AMFOTERICINA B LIPOSOMIALE	3-5 mg/kg	Ogni 24 ore	EV
ANIDULAFUNGINA (Ecalta 100 mg.)	- Dose di carico: 1,5 – 3 mg/Kg/die x 1 in almeno 3 ore (1° giorno) - Dose di mantenimento: 0,75 – 1,5 mg/Kg/die x 1 in almeno 1,5 ore		EV
CASPOFUNGINA (Cancidas 50 o 70 mg)	- Dose di carico 70 mg/m ² /die (1° giorno) - Dose di mantenimento 50 mg/m ² /die		EV
MICAFUNGINA (Mycamine mg.100)	4 - 12 mg/Kg/die	Ogni 24 ore	EV
			Classe Terapeutica Note di Risk Management Via di eliminazione
			AZOLI
			AZOLI
			MACROLIDE POLIENICO
			MACROLIDE POLIENICO
			ECHINOCANDINE
			ECHINOCANDINE
			ECHINOCANDINE

COMITATO PREPOSTO al CONTROLLO delle INFEZIONI OSPEDALIERE (CIO) **2015**
AZIENDA OSPEDALIERA di COSENZA
Coordinatore dr. Cristina Giraldi

© Azienda Ospedaliera di Cosenza - Via Garibaldi, 175 - 87100 Cosenza (CS) - Tel. 0984/309111 - Fax 0984/309122 - Pagine Gialle 0984/309111 - Web Site: www.ao.cosenza.it - Indirizzo e-mail: comitato.preposto@ao.cosenza.it